Gobierno de México | Medio Ambiente
Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales

ANEXO 2

FORMATO PARA SOLICITAR EL PAGO DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL POR INCAPACIDAD TOTAL, INVALIDEZ O INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL.

PARA USO INTERNO DE LA SEMARNAT		
FECHA DE SOLICITUD	**NUMERO DE EXPEDIENTE**	**NUMERO DE FOLIO**

DATOS DEL EX SERVIDOR PÚBLICO		
APELLIDO PATERNO	**APELLIDO MATERNO**	**NOMBRE (S)**

UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN	**R.F.C.**	**C.U.R.P.**

CALLE Y NUMERO EXTERIOR E INTERIOR DEL DOMICILIO PARTICULAR ACTUALIZADO		
COLONIA	**C.P.**	**ALCALDÍA ó MUNICIPIO**

ESTADO	**CORREO ELECTRONICO**	**TELÉFONO DE CASA**	**TELÉFONO MÓVIL**

FECHA DE INGRESO A LA SEMARNAT	**FECHA DE BAJA DE LA SEMARNAT**

MOTIVO	**REQUISITOS**
PARA CERTIFICAR FORMATO POR INCAPACIDAD TOTAL, INVALIDEZ O INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL.	**REQUISITOS PARA EL COBRO DEL SEGURO:** ○ OFICIO DE LA UNIDAD RESPONSABLE DIRIGIDO A LA DGDHO INFORMANDO DEL REQUERIMIENTO DE LA PERSONA EX SERVIDORA PÚBLICA. ○ ESCRITO LIBRE DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA SOLICITANDO COPIA CERTIFICADA DEL FORMATO "CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO, ELECCIÓN DE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NÓMINA. ○ COPIA SIMPLE DE LA IDENTIFICACIÓN OFICIAL DE LA PERSONA SERIDORA PÚBLICA. ○ ORIGINAL DEL DICTAMEN MÉDICO EMITIDO POR EL ISSSTE (FORMATO RT-09).

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE
Bajo protesta de decir verdad hago constar que todos los datos proporcionados son ciertos y correctos y que la firma que asiento en la presente solicitud es del suscrito.

OBSERVACIONES:
-Se debe llenar sin enmendaduras ni tachaduras; la presente solicitud con **la totalidad de la documentación solicitada sin excepción**, para estar en posibilidad de solicitar el pago del Seguro de Vida Institucional